

ANMELDEFORMULAR

Ihre verbindliche Anmeldung (bitte deutlich lesbar ausfüllen)

- KURS 1 Fachberater/in Homöopathie
 KURS 2 Fachberater/in Burnout und Erschöpfung
 KURS 3 Naturheilkunde
 KURS 4 Anthroposophische Medizin
 KURS 5 Integrative Medizin für Ärzte/innen

Frei wählbare Workshops (WS) - siehe Übersicht Seite 8

- WS 01 WS 02 WS 03 WS 04 WS 05 WS 06 WS 07
 WS 08 WS 09 WS 10 WS 11 WS 12 WS 13 WS 14
 WS 15 WS 16 WS 17 WS 18 WS 19 WS 20

Seminar Teilnehmer/in

- Apotheker/in Arzt/Ärztin PTA
 Einzelzimmer Doppelzimmer

Titel

Vorname

Nachname

Rechnungsanschrift:

- Apotheke Praxis Privat Klinik

Name der Apotheke/Praxis/Klinik

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Mobil

Emailadresse

Mein Wunschflughafen ist:

- Düsseldorf Frankfurt München Hannover Stuttgart

Kostenlose Zugbuchung (Falls gewünscht bitte ankreuzen!)

- Zug zum Flug 2. Klasse inkl. ICE Berechtigung innerhalb Deutschlands zu allen Flughäfen

Ich komme zusammen mit: _____ Teilnehmer/n _____ Begleitperson/en

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Es gelten die allgemeinen Reisebedingungen der TUI Deutschland GmbH und die AGBs der DAHN e.V. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Reisebedingungen der TUI Deutschland GmbH und die AGBs der DAHN e.V. an und stimme der Nutzung meiner Daten zur Kommunikation für diesen Kongress zu. Zu finden unter: www.tui.com/agb-und-allgemeine-geschaeftsbedingungen

Ort, Datum

Unterschrift